

HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES

Residência Multiprofissional em Enfermagem do eixo de Atenção ao
Câncer

AMANDA CRISTINA MARTINS REIS SILVA

**AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS NEOPLÁSICAS:
UM DESAFIO PARA ENFERMEIROS**

Cachoeiro de Itapemirim – ES
FEVEREIRO / 2021

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS NEOPLÁSICAS: UM DESAFIO PARA ENFERMEIROS

EVALUATION AND TREATMENT OF NEOPLASTIC WOUNDS: A CHALLENGE FOR NURSES

SILVA, Amanda Cristina Martins Reis¹
ZIGONI, Gustavo Ribeiro de Oliveira²
ABÍLIO, Priscila Supeleto³

RESUMO

Introdução: O câncer é um problema de saúde pública do qual a sua característica é o crescimento desordenado das células dificultando o diagnóstico e até mesmo o seu tratamento. Diante disso, o diagnóstico em estágio inicial tem possibilidade de cura de até 80% dos casos, entretanto, 60% desses pacientes descobrem o diagnóstico no estágio tardio. Dentre as complicações causadas pela proliferação exacerbada das células, principalmente, as ocasionadas pelo diagnóstico tardio, estão o desenvolvimento das feridas oncológicas que podem ser encontradas de 5 a 10% das pessoas com algum tipo de câncer. **Objetivo:** expor por meio da busca em literatura a importância do enfermeiro na avaliação e tratamento de feridas neoplásicas (FN). **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica na sua forma integrativa, através da busca na literatura por periódicos nacionais e internacionais publicados na linguagem português e inglês no período de 2010 a 2020. **Resultados:** No Brasil, observa-se déficit de dados sobre a incidência de pessoas que apresentam diagnóstico de câncer e que progridem para o desenvolvimento destas lesões, porém simultaneamente foi encontrado um número expressivo de artigos que apresentavam consonância com a temática. **Conclusão:** Diante do estudo realizado, é perceptível a necessidade de estimular a implantação de políticas públicas de saúde voltadas para educação continuada dos enfermeiros, para assistência aos portadores de feridas neoplásicas, garantindo qualidade na assistência em saúde.

Palavras-chave: Feridas; Neoplasia; Enfermagem; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a public health problem whose characteristic is the disordered growth of cells, making diagnosis and even its treatment difficult. Therefore, the diagnosis at an early stage has the possibility of curing up to 80% of cases, however, 60% of patients discovered the diagnosis at a late stage. Among the

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer, do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, amandacmsilva@gmail.com.

² Orientador, Enfermeiro, Mestre em Administração, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, gustavo.ribeiro@heci.com.br.

³ Co-Orientadora, Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Oncologia, Especialista em Preceptoria no SUS, Pós-Graduada em Curso de Docência do Ensino Superior, Gestão Hospitalar e Auditoria Hospitalar, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, priscilaabilio@gmail.com.

complications caused by the exacerbated proliferation of cells, mainly, as caused by the late diagnosis, are the development of cancer wounds that can be found in 5 to 10% of people with some type of cancer. **Objective:** To expose through the literature search the importance of nurses in the assessment and treatment of neoplastic wounds (NF). Method: It is a bibliographic review in its integrative form, through the literature search for national and international journals published in Portuguese and English in the period from 2010 to 2020. **Results:** In Brazil, there is a lack of data on the incidence of people who are diagnosed with cancer and who progress to the development of these lesions, but at the same time a significant number of articles were found that were in line with the thematic. **Conclusion:** In view of the study carried out, the need to encourage the implementation of public health policies aimed at continuing education of nurses is perceived, to assist patients with neoplastic wounds, ensuring quality in health care.

Keywords: Wounds; Neoplasia; Nursing; Nursing care.

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA (2020), o Brasil terá 625 mil novos casos de câncer a cada ano do triênio 2020-2022, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma tem-se um total de 450 mil novos casos.

Sendo assim o câncer é um problema de saúde pública do qual a sua característica é o crescimento desordenado das células dificultando o diagnóstico e até mesmo o seu tratamento. Diante disso, o diagnóstico em estágio inicial tem possibilidade de cura de até 80% dos casos, entretanto, 60% desses pacientes descobrem o diagnóstico no estágio tardio (VICENTE et.al, 2019).

Dentre as complicações causadas pela proliferação exacerbada das células, principalmente, as ocasionadas pelo diagnóstico tardio, estão o desenvolvimento das feridas oncológicas que podem ser encontradas de 5 a 10% das pessoas com algum tipo de câncer (VICENTE et.al, 2019).

Conceitualmente, essas feridas são formadas pela infiltração de células malignas da pele. [...] Iniciam como um nódulo íntegro e, se a doença subjacente não responder ao tratamento, essas feridas poderão transformar-se em massas tumorais que deformam o corpo e acarretam infecção e necrose, num quadro de degeneração orgânica que compõem os sinais e sintomas que lhe são característicos, como dor, sangramento, secreção abundante e odor fétido (SCHMIDT et.al, 2020).

Essas feridas podem desenvolver úlceras de aspecto visual desagradável, odores intoleráveis, produção de exsudato e sangramento, além de constituir uma

deformidade corporal que provoca no paciente distúrbio na autoimagem, desgaste psicológico por sensação de desamparo, humilhação e isolamento social (AGRA, et.al, 2013).

Assim, pela alta incidência de câncer em nosso país e incremento de serviços de saúde em Oncologia nos hospitais gerais e/ou especializados, infere-se que mais e mais profissionais de enfermagem passarão a ter contato com pessoas adoecidas pelo câncer e acometidas por FNM (feridas neoplásicas malignas) (SCHMIDT, 2020).

Nessa perspectiva, o cuidado paliativo configura-se como a melhor proposta de assistência aos pacientes com ferida neoplásica, pois tem como premissa o cuidado de pessoas com patologias que não respondam mais ao tratamento curativo e se caracteriza por preconizar uma postura ativa frente ao controle dos sinais e sintomas inerentes á fase avançada da doença, que se tornou impossível de curar (AGRA et.al, 2013).

Considerando que o enfermeiro é o profissional da área da saúde que permanece mais perto do paciente, portanto, tem a oportunidade de contribuir muito para aumentar o conforto do mesmo e aliviar sua dor, sendo este profissional membro ativo e integrante da equipe de cuidados paliativos e, geralmente, responsável pela realização de curativos, lhe cabe o desenvolvimento de competências e habilidades que o permita conhecer e identificar características da ferida neoplásica, no intuito de subsidiar cientificamente, a implementação de ações específicas (AGUIAR e SILVA, 2012; AGRA et.al, 2013).

Vendo a necessidade de rever umas das atribuições desse profissional foi instituída uma Resolução no Conselho Federal de Enfermagem de nº 501 de 2015, tratando-se no artigo 1º a regulamentação sobre a competência da equipe de enfermagem, no que se refere aos cuidados com feridas. Desta forma, o Enfermeiro tem total autonomia para prescrever coberturas de acordo com protocolos institucionais e atuar na avaliação e tratamento de feridas (COREN, 2015).

[...] Cabe ao enfermeiro avaliar e tratar a lesão neoplásica, levando em consideração as dimensões física, psíquica, social, espiritual e familiar do paciente, a fim de melhorar sua qualidade de vida durante seus últimos dias de vida, uma vez que o paciente que vive com doença oncológica avançada e apresenta ferida neoplásica possui um alto grau de vulnerabilidade física, psíquica e espiritual (MERZ et al., 2011).

Nesse sentido, destaca-se a necessidade do enfermeiro atualizar seus conhecimentos por meio de capacitações contínuas frente a temática, visando conhecimento e competência técnica para avaliar e tratar essas feridas, levando em consideração os avanços tecnológicos e científicos para fornecer uma assistência integral e de qualidade ao paciente e família (VICENTE et.al, 2019).

O presente estudo justifica-se pela a necessidade do conhecimento técnico e científico acerca da temática, tendo em vista que o enfermeiro na assistência á pacientes portadores de neoplasias proporcionará cuidados diretos quando diante das feridas neoplásicas.

Neste íterim, o objetivo geral do trabalho é expor por meio da busca em literatura a importância do enfermeiro na avaliação e tratamento de feridas neoplásicas (FN), utilizando a seguinte pergunta norteadora - Como o enfermeiro deve realizar a avaliação e tratamento das FN. E como objetivos específicos, descrever os tipos de feridas neoplásicas, descrever os principais cuidados de enfermagem diante das FN, apresentar a Resolução do Cofen nº 567/2018 para se fazer cumprir a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas e por fim fora elaborado uma ficha de registro de atendimento á pessoa portadora de ferida neoplásica, com a finalidade de ser utilizada como instrumento de busca ativa via prontuário eletrônico hospitalar, para que se possa determinar o quantitativo de pacientes portadores de neoplasias que evoluem com feridas neoplásicas, estimulando assim os gestores das instituições de saúde a implantação de políticas públicas de saúde voltadas para educação continuada dos enfermeiros, para assistência aos portadores de FN.

Desta maneira, a pesquisa contribuirá no aumento da produção científica relacionada à temática, disseminando o conhecimento entre os profissionais sobre os cuidados de enfermagem aos portadores de feridas neoplásicas e poderá auxiliar na criação de protocolo específico para o cuidado a pacientes com FN e criação de documento próprio para a busca ativa dos pacientes portadores de feridas dentro das instituições de saúde especializadas na área de oncologia. Bem como, a partir dos resultados obtidos é possível contribuir para qualidade na assistência em saúde no âmbito da atenção ao paciente portador de neoplasia, melhorando a qualidade de vida através dos cuidados paliativos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica na sua forma integrativa. De acordo com Souza (2010), é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Para o desenvolvimento desta revisão, foram percorridas sete etapas: 1) Estabelecimento da questão de pesquisa; 2) Busca de dados; 3) Apresentação do projeto de pesquisa 4) Categorização dos estudos; 5) Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 6) Interpretação dos resultados e 7) Apresentação da pesquisa. A busca na literatura foi por meio de periódicos nacionais e internacionais publicados na linguagem português e inglês no período de 2010 a 2020, disponibilizados na íntegra, nas bases de dados do Uptodate, Science Direct, BJO (Brazilian Journal of Oncology), da PubMed, LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Como descritores utilizou-se dos termos feridas (wounds), neoplasia (neoplasms), enfermagem (nursing) e cuidados de enfermagem (nursing care). Como critérios de inclusão foram selecionados artigos disponíveis na íntegra em português e em inglês, que apresentavam em seus resultados a importância do enfermeiro na assistência aos pacientes portadores de feridas neoplásicas bem como aqueles que apresentavam a descrição de como avaliar e tratar tais feridas; e como critérios de exclusão foram descartados artigos que não apresentavam consonância com a temática, e que não foram publicados dentro do período de 10 anos (2010 a 2020), salvo o manual de tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado do ano 2009, por ser a última atualização do Instituto Nacional do Câncer (INCA). No entanto, a amostra se deu com a leitura de 70 (setenta) artigos, sendo excluídos 24 (vinte e quatro) artigos, totalizando a inclusão de 46 (quarenta e seis) artigos que compõem a pesquisa.

RESULTADOS

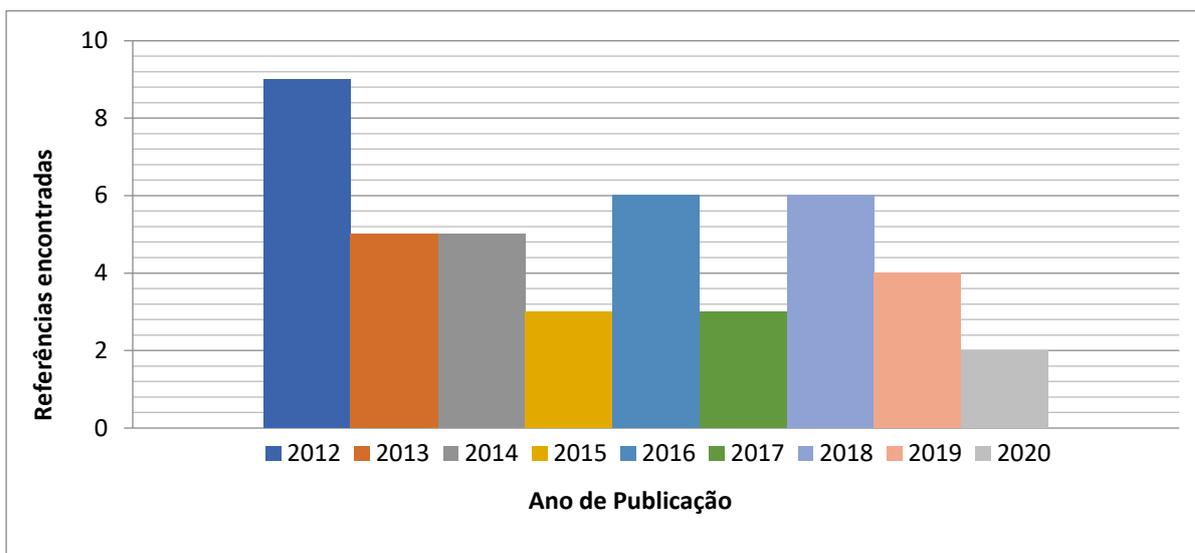
No Brasil, observa-se déficit de dados epidemiológicos relacionados à feridas neoplásicas, pois não encontra-se dados fidedignos sobre a incidência de pessoas que apresentam diagnóstico de câncer e que progridem para o desenvolvimento destas lesões, porém simultaneamente foi encontrado um número expressivo de

artigos que apresentavam consonância com a temática em questão mostrando a importância da assistência de enfermagem aos portadores de feridas neoplásicas.

Foram selecionados para análise o total de 46 (quarenta e seis) artigos separados pelo ano de publicação no Gráfico 1.

Nos anos de 2012, 2016 e 2018 foi quando mais se publicou sobre esse tema, estando coerente com a publicação da Resolução 501/2015 revogada pela Resolução 567/2018 que inicialmente instituiu o regulamento sobre a competência da equipe de enfermagem no cuidado a feridas e depois de revogada ampliou a atuação da equipe de enfermagem no tratamento de feridas. No ano de 2018, destaca-se a publicação das Diretrizes Oncológicas, sendo esta a publicação de maior relevância neste estudo. E no ano de 2019 e atualmente neste ano de 2020 percebe-se um retorno gradativo das publicações científicas sobre a temática em questão.

Gráfico 1: Levantamento das referências bibliográficas



Fonte: Elaborado pelo autor, SILVA ACMR, 2020.

Fora do período de inclusão dos artigos salvo como resultados a referência de suma importância do INCA publicada em 2009, por ser a última atualização do manual sobre tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado, que possui como finalidade sistematizar a prática dos profissionais na realização dos cuidados e prevenção de feridas tumorais e úlceras por pressão em pacientes com doença oncológica avançada.

Todavia, esse número de trabalhos publicados e o déficit de dados epidemiológicos ressaltam a importância do conhecimento específico dos enfermeiros sobre a avaliação e tratamento das feridas neoplásicas e a importância de estipular instrumentos institucionais para que seja possível quantificar e registrar a incidência de pacientes portadores de neoplasias que evoluem com feridas neoplásicas.

DISCUSSÃO

4.1 Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) de nº 501 de 2015 revogada pela nº 567 de 2018

Segundo o Cofen (2015), vendo a necessidade de rever umas das atribuições do profissional enfermeiro foi instituída uma Resolução no Conselho Federal de Enfermagem de nº 501 de 2015, tratando-se no artigo 1º “aprovar e instituir o regulamento sobre a Competência da Equipe de Enfermagem no cuidado às feridas” e no artigo 2º “define que o Enfermeiro tem autonomia para abertura de Clínica de Prevenção e Cuidado de Feridas” finalizando no artigo 3º com a “competência dos Conselhos Regionais de adotarem as medidas necessárias para acompanhar/fiscalizar o cumprimento deste regulamento, visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos”.

E após a aplicabilidade desta resolução, o Cofen realiza uma atualização por meio da Resolução nº 567 de 2018, tratando-se o artigo 1º “aprovar o regulamento da atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas na conformidade do anexo a esta Resolução que apresenta a competência geral e competências específicas do enfermeiro”, e no artigo 2º “define que o Enfermeiro tem autonomia para abertura de Clínica/Consultório de Prevenção e Cuidado de pessoas com feridas, respeitadas as competências técnicas e legais”, e no artigo 3º acrescenta que “cabe ao Enfermeiro da área a participação na avaliação, elaboração de protocolos, seleção e indicação de novas tecnologias em prevenção e tratamento de pessoas com feridas”, finalizando com o artigo 4º aonde “cabe aos Conselhos Regionais de Enfermagem adotar as medidas necessárias para acompanhar/fiscalizar o cumprimento deste regulamento, visando a segurança do paciente e a dos profissionais envolvidos”.

4.2 Conceitos e tipos de feridas neoplásicas (FN)

As feridas neoplásicas são formadas pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele. Nesse caso, ocorre a quebra da integridade e do tegumento com decorrência da proliferação celular descontrolada que o processo de oncogênese induz, levando a formação de uma ferida evolutivamente exofítica (LISBOA et.al, 2016)

[...] elas podem ser classificadas de acordo com o aspecto que manifestam ao longo do processo de crescimento: “lesões ulcerativas malignas”, quando estão ulceradas e formam crateras rasas, “feridas fungosas malignas ulceradas”, apresentam-se de forma vegetativa e com partes ulceradas, e “feridas fungosas malignas” ou “feridas neoplásicas vegetantes”, que tem aspecto de couve-flor (LISBOA et.al, 2016).

Existem três eventos que marcam o desenvolvimento da ferida neoplásica: o crescimento do tumor que acarretará no rompimento do tegumento; a neovascularização e invasão da membrana basal por células malignas de forma infiltrativa, com crescimento expansivo da ferida sobre a superfície acometida; como resultado de um câncer avançado de pele ou em casos de metástases, podem ulcerar, evoluindo para a formação de uma cratera ulcerativa, comumente associada com carcinoma de células escamosas ou melanoma. Dependendo de sua localização, pode invadir e destruir estruturas internas e formar fístula (MATSUBARA, 2012).

Segundo Medeiros (2016), Haisfield-Wolfe e Baxendale-Cox propuseram, por meio de um estudo piloto que utilizou avaliação computadorizada das feridas neoplásicas, o estadiamento descrito a seguir no Quadro 01:

Quadro 1 – Classificação do Estadiamento

Estádio 1 – Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada e/ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Encontra-se em estado assintomático.

Estádio 1N – Ferida fechada ou com abertura superficial por orifícios de drenagem de secreção límpida, amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, lesão seca ou úmida. Pode haver dor e prurido. Não apresenta odor e configura-se sem tunelizações e/ou formação de crateras.

Estádio 2 – Ferida aberta, envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais podendo apresentar-se friáveis, sensíveis á manipulação, com secreção ausente (lesões secas) ou em pouca quantidade (lesões úmidas). Intenso processo

inflamatório ao redor, em que o tecido exibe coloração vermelha e/ou violácea e o leito da ferida configura-se com áreas secas e úmidas. Pode haver dor e odor. Não formam tunelizações, pois não ultrapassam o tecido subcutâneo.

Estádio 3 – Feridas que envolvem derme, epiderme e subcutâneo. Têm profundidade regular, mas com saliências e formação irregular. São friáveis, com áreas de ulcerações e tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido. Fétidas, secretivas, já com aspecto vegetativo, mas que não ultrapassam o subcutâneo. Podem apresentar lesões satélites em risco de ruptura iminente. Tecido de coloração avermelhada, violácea. O leito da lesão é predominantemente de coloração amarelada.

Estádio 4 - Feridas invadindo profundas estruturas anatômicas. Têm profundidade expressiva, por vezes não se visualiza seus limites. Têm secreção abundante, odor fétido e dor. Tecido ao redor exibe coloração avermelhada, violácea. O leito é predominantemente de coloração amarelada.

Fonte: Medeiros e Haisfield-Wolfe, Baxendale-Cox. Staging of Malignant Cutaneous Wounds: a pilot study. ONS, 26 (6):1055-56, 1999/2016.

Com isso, as feridas neoplásicas apresentam, no decorrer do seu desenvolvimento, as seguintes manifestações: exsudato abundante, odor fétido, infecção, sangramento, prurido, fístulas e dor (MEDEIROS, 2016).

O exsudato, comum nesse tipo de lesão, é resultante de processos infecciosos, produzido pela dissolução do tecido necrótico, que aparece devido à presença de enzimas destruidoras de proteínas ativadas por bactérias que invadem a ferida (MEDEIROS, 2016).

A infecção da ferida por microrganismos anaeróbios e a presença de tecido desvitalizado causam o odor fétido devido à colonização de bactérias anaeróbias no tecido necrótico, que surge a partir da isquemia provocada pelo processo de oncogênese, o qual bloqueia a irrigação do tumor; e como produto de seu metabolismo, ocorre a liberação do ácido acético e capróico, os quais liberam os gases putrescina e cadaverina, apresentando desse modo, odor fétido, caracterizado pelos pacientes como intolerável e nauseante (MEDEIROS, 2016).

De acordo com Santana, Matsubara (2012), o odor é classificado em: a) odor grau I, sentido ao abrir o curativo; b) odor grau II, sentido sem abrir o curativo; e c) odor grau III, que é descrito como fétido e nauseante.

Outro aspecto da ferida tumoral é a friabilidade, resultante da ruptura de vasos e capilares causados pela diminuição da função plaquetária no tumor, que podem estar relacionados aos tratamentos radioterápico e/ou quimioterápico ou ainda pela remoção do curativo (MEDEIROS, 2016; MATSUBARA, 2012).

O prurido é outro sinal importante que o paciente com ferida neoplásica apresenta; este é resultado da liberação de histamina, pelo próprio processo inflamatório local associado à proliferação agressiva de células cancerígenas (MEDEIROS, 2016).

A dor oncológica, geralmente, é causada pela progressão do tumor e está relacionada a processos patológicos, procedimentos invasivos, toxicidade do tratamento, infecção e limitações físicas. O paciente sente a dor no próprio local do tumor ou distante a ele (dor referida) (POTTER et.al, 2013).

Segundo Medeiros (2016), a dor oncológica pode ser classificada segundo seu mecanismo fisiopatológico em: a) dor nociceptiva, aquela que surge a partir de uma lesão na pele ou nos tecidos mais profundos e, geralmente, é uma dor localizada; b) dor visceral está relacionada à estimulação química ou física de terminações nervosas normais; c) dor neuropática, que resulta de algum agravo a um nervo ou de alguma função nervosa anormal de qualquer parte do sistema nervoso central ou periférico; e) dor idiopática, que tem origem psíquica, sendo esta rara em pacientes com câncer e f) dor mista, coexistente de dois ou mais tipos de dor.

Para a mensuração da intensidade dor, existem várias escalas que o enfermeiro pode utilizar, a saber: a) Escala Numérica (EN), que especifica a intensidade da dor por meio dos números; neste instrumento, o zero representa ausência de dor e 10 representa a dor mais intensa; b) Escala Visual Analógica (EVA), caracterizada por ser uma linha reta, desenhada ou impressa, de tamanho determinado, escrito em suas extremidades sem dor e máximo de dor, respectivamente; c) Escala de Faces de Wong-Baker, caracterizada por seis desenhos de faces dispostos de forma crescente em nível de intensidade da dor ou angústia; nesta escala, é solicitado ao paciente que escolha a face que melhor representa a sua dor atual (MEIDEROS, 2016).

Contudo, além dessas classificações para lesões oncológicas, ressalto ainda as lesões ocasionadas pelo tratamento de radioterapia e quimioterapia. Primeiramente, a radiodermite ou radiodermatite, que é representada por um

conjunto de lesões cutâneas provocadas pela exposição ao tratamento de radioterapia que é feito usando à radiação ionizante, sendo considerada como uma queimadura complexa que ocorre das estruturas internas às externas, podendo decorrer de complicações secundárias ou iatrogênicas pós-tratamento (REIS et al., 2018).

Embora a radiodermatite comumente apresente regressão entre quatro e cinco semanas após o término do tratamento, a identificação e a avaliação da reação pelo enfermeiro são fundamentais para evitar o desenvolvimento de reações severas que venham a interferir na continuidade do tratamento. Instrumentos ou escalas de graduação são aplicados para documentação uniforme da radiodermatite e podem facilitar o planejamento da assistência de enfermagem na ocorrência dessa radiotoxicidade (REIS et al., 2018).

Atualmente há 16 escalas para avaliação da radiodermatite, sendo as mais utilizadas a escala RTOG (Radiation Therapy Oncology Group) e a escala CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events). Aonde indicam uma variação de 0 a 4, sendo: grau 0 – sem reação ou pele íntegra; grau 1 – eritema leve, epilação e/ou descamação seca; grau 2 – eritema doloroso, descamação úmida localizada e/ou edema moderado; grau 3 – descamação úmida confluyente e/ou edema importante; e grau 4 – ulceração, hemorragia e/ou necrose (REIS et al, 2018; SCHNEIDER, 2012).

O eritema é a primeira manifestação visível da radiodermatite, ocorrendo em mais de 90% dos pacientes. Seu surgimento pode começar logo após as sessões iniciais de radioterapia, mas, geralmente, é mais intenso após a segunda semana do tratamento, como resultado da dilatação capilar e do aumento da permeabilidade vascular. Surge a partir de 12 a 20 Gy de dose absorvida. A descamação ocorre devido à redução da lubrificação da pele, resultante dos danos às glândulas sebáceas, as quais podem ser destruídas de forma permanente ao se atingir 30 Gy de dose absorvida, geralmente obtidos em 15 sessões de radioterapia (REIS et al, 2018).

Secundário as radiodermites, temos as mucosites. A mucosite oral é um tipo de ferida que define-se como uma inflamação da mucosa oral que resulta da ação de agentes citostáticos e da radiação ionizante. Tipicamente caracteriza-se por eritema ou ulceração que podem ser exacerbados por fatores locais tais como infecções secundárias e trauma (AEOP - LC, 2015).

A mucosite tem manifestações clínicas variadas, que vão de uma simples queixa de ardor na boca, sem achado clínico, até lesões erosivas seguidas de dor severa e impossibilidade de comer, beber ou até deglutir a saliva (MATSUBARA et al., 2012).

Este fato deve-se à alta taxa de divisão celular e à baixa radiorresistência das células da mucosa da cavidade oral, faringe e laringe que respondem precocemente aos efeitos tóxicos da radiação a que estão expostos. Quando o campo de irradiação compreende as glândulas salivares e a mucosa oral, aumenta o risco de desenvolver mucosite (AEOP - LC, 2015).

Segundo Boers-Doets (2013), a dor associada às lesões pode levar à necessidade de suporte nutricional entérico com recurso a sonda nasogástrica ou gastrostomia, bem como ao uso de opióides, com o objetivo de manutenção da dose total de tratamento de radioterapia planejado.

A avaliação do grau de mucosite é realizada com recurso a escalas, das quais se destaca a Escala da World Health Organisation (WHO, 1979) e do National Cancer Institute Common Toxicity Criteria for Adverse Events (NCI-CTAE, 1999). Estas escalas foram desenvolvidas para descrever toxicidades em doentes submetidos a quimioterapia, integrando sinais objetivos, subjetivos e funcionais da mucosite. Especialistas do UKOMIC (UK Oral Management in Cancer care Group), recomendam o uso da Escala de Toxicidade Oral da WHO uma vez que é rápida e fácil de ser utilizada (AEOP - LC, 2015).

Sendo assim, a Escala de Toxicidade Oral da WHO é graduada de 0 a 4, aonde grau 0 representa sem mucosite, grau 1 apresenta-se com eritema e sensibilidade, grau 2 presença de úlcera, porém pode deglutir alimentos sólidos, grau 3 presença de úlcera, porém requer dieta líquida e grau 4 presença de úlceras, porém não é possível a alimentação (AEOP - LC, 2015).

De acordo com a World Health Organization (WHO), a incidência da mucosite oral de grau 3 e 4 é de cerca de 85% nos doentes submetidos a radioterapia (60-70 Gy) na região da cabeça e pescoço, mas todos os doentes apresentam algum grau de mucosite (AEOP - LC, 2015).

Nessa perspectiva, a assistência ao paciente oncológico com ferida representa um desafio para os profissionais da saúde, os quais devem basear sua conduta numa filosofia holística, tendo em vista a assegurar um cuidado que atenda às necessidades e particularidades de cada paciente (QUEIROZ, 2018).

Devido a esses fatores esse tipo de lesão tem dificuldade no processo de cicatrização, sendo um desafio para a equipe de enfermagem o planejamento do tratamento, visto que geralmente estas lesões aparecem quando o paciente está no processo de terminalidade e por isso esses sintomas precisam ser controlados para amenizar o sofrimento e proporcionar qualidade de vida a essas pessoas que estão em processo de Cuidados Paliativos (MEDEIROS, 2016).

Para Azevedo et al. (2014), um dos fatores que favorece a cicatrização é o bom estado nutricional, sendo que na maioria dos casos, não leva à cicatrização da ferida, pois depende do câncer primário. Para o paciente com ferida neoplásica em estado de terminalidade, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias a semanas, os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua visto que a cicatrização não é a principal meta do cuidado paliativo, mas o controle dos sintomas das lesões visando uma melhor qualidade de vida aos portadores destas lesões.

4.3 Importância do enfermeiro na avaliação e tratamento das FN

O cuidado com feridas acompanha a construção da profissão de enfermagem desde a pré-história onde usavam do conhecimento empírico com plantas para tratar lesões desde cortes domésticos até lesões ocasionadas por patologias, com a finalidade de promover a cicatrização.

Na pré-história eram utilizados agentes como: extratos de plantas, água, neve, gelo, frutas e lama que eram colocados nas feridas. Na Mesopotâmia, elas eram lavadas com água ou leite e o curativo era realizado com mel ou resina. Lã de carneiro, folhas e cascas de árvore eram utilizadas para sua cobertura. Os egípcios diziam que uma ferida fechada cicatrizava mais rápido do que aberta, por isso, utilizavam tiras de pano para manter unidas as margens da lesão. Hipócrates sugeria que as feridas contusas fossem tratadas com calor e pomadas para promover a supuração, remover material necrótico e reduzir a inflamação. No início da era cristã, se preconizava o fechamento primário das feridas recentes e desbridamento das contaminadas para posteriormente poderem ser suturadas (FAVRETO, 2017).

E com isso após a evolução e estudos entre a biologia molecular e a química este cuidado se tornou o fundamento da enfermagem, sendo esta área uma atividade cotidiana do enfermeiro respalda e fundamentada por meio de resoluções

do conselho federal de enfermagem. Sendo a última aprovação à resolução nº 567 de 2018, que definiu que o enfermeiro é o profissional com conhecimento e habilidade técnica para atuar na avaliação e tratamento de feridas.

O tratamento de feridas abrange diversos tipos de lesões e na sua maioria lesões que alcançam o resultado esperado, que é a cicatrização. Porém diante das feridas neoplásicas o enfermeiro executa o seu saber científico e prático com intuito de controlar os sintomas inerentes à evolução da lesão, pois esta não chegará ao processo de cicatrização, e muita das vezes isto gera um impacto negativo para aqueles que não possuem o conhecimento sobre a fisiopatologia do câncer.

Desse modo, o cuidado de enfermagem direcionado ao cliente portador de FN, necessita ser desenvolvido por um enfermeiro com habilidades para o exercício do raciocínio clínico e do pensamento crítico, além de amplo e profundo saber científico na área de atuação, para o planejamento desse cuidado, individualizado e complexo (SOUZA; VALADARES, 2011).

4.4 Como o enfermeiro deve realizar a avaliação e tratamento das FN?

Segundo as Diretrizes Oncológicas (2018), o tratamento aplicado pelo o enfermeiro idealmente deve seguir algumas condutas importantes sendo elas:

Tabela 1: Condutas de enfermagem

- | |
|---|
| a) Identificar o tipo de lesão e quando ela deu inicio; |
| b) Avaliar a presença dos sinais e sintomas característicos da FN; |
| c) Avaliar o aspecto e o tamanho da lesão; |
| d) Prescrever cobertura primária e secundária de acordo com os sinais e sintomas e tecido evidenciado na FN; |
| e) Registrar a lesão por meio de fotografia mediante assinatura de termo de consentimento livre esclarecido para uso de imagem; |
| f) Realizar evolução em prontuário especificando a história da doença atual do paciente, o aspecto, os sinais e sintomas e o tamanho da lesão a cada avaliação e qual o tipo de cobertura que está sendo utilizado; |
| g) Integrar o cuidado da enfermagem com a equipe da nutrição para a melhor compreensão do suporte nutricional deste paciente; |
| h) Integrar o cuidado da enfermagem com a equipe médica para intervenções medicamentosas e até mesmo interrupções do tratamento de base devido à |

evolução desfavorável da lesão;

- i) Integrar o cuidado com a equipe multiprofissional incluindo a psicologia e serviço social para identificação e acolhimento de demandas psicossociais;
- j) Integrar o paciente e família no cuidado que está sendo prestado.

Fonte: Elaborado pelo autor, SILVA ACMR, 2020.

E quanto às coberturas é perceptível a dificuldade do enfermeiro de forma geral em determinar a melhor cobertura para realização do curativo. Diante disso, a melhor cobertura nas feridas neoplásicas é aquela que proporciona controle das manifestações clínicas da ferida, sendo elas: exsudato abundante, odor fétido, infecção, sangramento e dor. Pois, a cobertura da FN ideal não é aquela que vai proporcionar de imediato à cicatrização e sim aquela que vai controlar os sinais e sintomas característicos da lesão que geram impactos físicos e sociais sobre o processo de saúde e doença (SCHMIDT et.al, 2020).

As principais coberturas diante das manifestações clínicas, consideravelmente mais relevantes das feridas neoplásicas são:

Tabela 2: Manifestações clínicas X Coberturas

Manifestações clínicas das FN

Exsudato	Saf-gel® (hidrogel + alginato de cálcio e sódio), Silvercel® (hidroalginato com prata), Aquacel® Ag Extra™ (hidrofibra 100% carboximetilcelulose + prata iônica);
Odor fétido	Proceder à limpeza com soro fisiológico a 0,9% + antissepsia com clorexidina degermante. Utilizar como cobertura primária: Actisorb Plu 25® (carvão ativado com prata) e/ou sulfadiazina de prata e/ou CarboFlex® (carvão ativado com alginato de cálcio e sódio e carboximetilcelulose) e/ou gel de metronidazol a 0,8% e/ou verificar junto à equipe médica a possibilidade do uso de metronidazol em comprimido macerado sobre o leito da lesão.
Sangramento	Gelfoam® (curativo hemostático à base de gelatina suína); Biatain alginato® (placa de alginato de cálcio) e Silvercel® (hidroalginato com prata); Se diante de um sangramento intenso verificar junto à equipe médica, a possibilidade de tratamento com: coagulante sistêmico como o ácido aminocapróico e prescrição de adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes, intervenção cirúrgica ou radioterapia anti-hemorrágica;
Dor	Considerar junto à equipe médica, uso de anti-

inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia de limpeza da ferida e iniciar o curativo após 30 minutos para analgesia via oral, 5 minutos para analgesia subcutânea ou endovenosa, e início imediato para a via tópica;

Fonte: Elaborado pelo autor, SILVA ACMR, 2020.

Sendo assim, tais condutas podem subsidiar cuidados de enfermagem, sendo estes recomendadas de acordo com protocolos institucionais sob respaldo da coordenação dos setores em questão dos quais o enfermeiro atuará no cuidado direito aos pacientes portadores de feridas neoplásicas.

CONCLUSÃO

É consensual que na área da oncologia exige-se um conhecimento profissional específico que é adquirido pelos enfermeiros por meio de uma especialização em oncologia, e que quando atuantes em instituições que atendem pacientes portadores de neoplasia, possuem como competência capacitar os demais enfermeiros da instituição, para o conhecimento das particularidades do tratamento das FN, sendo isto necessário não para delegar funções, e sim para padronização e qualidade da assistência em saúde.

Sendo assim, a importância do enfermeiro na avaliação e tratamento das FN está em ser o profissional com conhecimento técnico-científico capaz de exercer sua função educacional e assistencial que irá se basear em executar os cuidados de enfermagem promovendo alívio dos sintomas físicos como das dores físicas, e também dos sintomas psíquicos que incluem o reconhecimento do processo saúde e doença e também o restabelecimento da autoestima quando diante de desfigurações da imagem pessoal devido o desenvolvimento de uma FN ou até mesmo por uma cirurgia.

Por tanto, com este estudo, foi possível apresentar a importância do enfermeiro no cuidado ao paciente portador de FN e proporcionar uma reflexão sobre a importância de se fazer uma boa avaliação das feridas, dentro de um contexto científico e, sobretudo biopsicossocial, com vistas ao aprimoramento das condutas quanto ao tratamento destas feridas dentro das instituições de saúde.

Foi possível também esclarecer que as FN fazem parte do processo de cuidar

na assistência em oncologia, reconhecendo os cuidados paliativos como a melhor abordagem para o tratamento, pois, estabelece o controle dos sinais e sintomas em equilíbrio entre a teoria e a prática.

Sugere-se com o estudo uma proposta de contribuição para coleta de dados do sistema de saúde sobre o quantitativo de pacientes portadores de neoplasias que evoluem com FN decorrentes da progressão da doença, por meio da criação da ficha de registro de atendimento à pessoa portadora de ferida neoplásica. Sendo esta ficha com finalidade de busca ativa em prontuário eletrônico, para que se possa além de quantificar encontrar medidas que estimulem a implantação de políticas públicas de saúde voltadas para educação continuada dos enfermeiros, para assistência aos portadores de FN, garantindo qualidade na assistência em saúde.

Ao mesmo tempo, nota-se que é imprescindível a pesquisa científica em programas institucionalizados no âmbito hospitalar principalmente nos centros de referência em oncologia, com vistas à disseminação do processo de cuidado aos pacientes portadores de FN, visto que esse tema é cada vez mais valorizado pelas sociedades brasileiras de oncologia.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativas [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2020** [Acesso em 10 de Março de 2020]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa>.

SCHMIDT F.M.Q, FIRMINO F., LENZA N.F.B., SANTOS V.L.C.G. **Nursing team knowledge on care for patients with fungating wounds.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2020;73(1):e20170738. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2017.0738>.

CARDOZO AS, SIMÕES FV, SANTOS VO, PORTELA LF, SILVA RC. **Radiodermatite severa e fatores de risco associados em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.** Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso 2020 Outubro 10]; 29:e20180343. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0343>.

PAULO B.E., ALMEIDA L.G., BARROS J.A., RODRIGUES L.P., ZUFFI F.B., PEDROSA L.A.K.. **Os cuidados paliativos vivenciados durante a assistência de uma liga de feridas: relato de experiência.** REFACS, Vol 7, No 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v7i4.3871>.

VICENTE C, AMANTE LN, SANTOS MJ, ALVAREZ AG, SALUM NC. **Care for the person with oncological wound: permanent education in nursi**

ng mediated by educational technologies. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2019;40:e20180483. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180483>.

CORNISH L. **Holistic management of malignant wounds in palliative patients.** Br J Community Nurs. 2019 Sep 1;24(Sup9):S19-S23. doi: 10.12968/bjcn.2019.24.Sup9.S19. PMID: 31479334.

SOARES R.S, CUNHA D.A.O da, FULY P.S.C. **Cuidados de enfermagem com feridas neoplásicas.** Revista de Enfermagem UFPE Online., Recife, 13(1): 3456-63, jan.,2019.

WINNIPEG REGIONAL HEALTH AUTHORITY. **Malignant fungating wounds: Evidence informed practice tools**, 2014. Uptodate January 2018. Disponível em: <https://professionals.wrha.mb.ca/old/extranet/eipt/files/EIPT-013-007.pdf>.

CONSELHO FEDERAL de ENFERMAGEM (BR). **Resolução COFEN-567/2018.** Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Brasília - DF. Acesso em: 10 de Março de 2020.

VIEIRA NNP, ABREU AKC. **Avaliação e Manejo de feridas tumorais.** Diretrizes Oncológicas. Capítulo 42: 693-700, out., 2018. Disponível em: <https://diretrizesoncologicas.com.br/>.

DOMINGUES E.A.R, CARVALHO M.R.F, OLIVEIRA U.A.K. **Adaptação transcultural de um instrumento de avaliação de feridas.** Cogitare Enfermagem, v. 23, n. 3, 2018.

GOMES, R. F., MORAIS, M.S.P., AGRA, G., SOUSA, A. T. O., NOGUEIRA, M. F., BRITO, D.T.F., MACÊDO E.L., ANDRADE F.L.M., OLIVEIRA P.S., FERREIRA T.M.C., MEDEIROS M.V.S., BRITO K.K.G., LIMA N.B.A., COSTA M.M.L. **Knowledge of nursing students about the care provided to people with neoplastic wounds.** International Archives of Medicine, Vol. 10 No. 138, doi: 10.3823/2408, 2017. This article is available at: www.intarchmed.com and www.medbrary.com.

DANSKI M.T.R, OLIVEIRA G.L.R, PEDROLO E., LIND J, JOHANN D.A. **Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro.** Ciências Cuid Saúde, 2017; 16(2):1-6. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36304> DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304>

CAMPO M.G.C.A, SOUSA A.T.O, VASCONCELOS J.M.B, LUCENA S.A.P, GOMES S.K.A. **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico.** João Pessoa: Ideia; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Bases Técnicas de Oncologia – SAI/SUS. **Sistemas de Informação Ambulatorial.** Brasília, 2016. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/manual_de_bases_tecnicas_oncologia.p df](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/manual_de_bases_tecnicas_oncologia.pdf). Acesso em 10 de Março de 2016.

AGRA G., SANTOS J.P., SOUSA A.T.O., GOUVEIA B.L.A., BRITO D.T.F. MACÊDO E.L., MEDEIROS V.S., PIMENTEL E.R.S., OLIVEIRA P.S., FERREIRA T.M.C., OLIVEIRA D.M.N., OLIVEIRA S.H.S., SOARES M.J.G.O., COSTA M.M.L. **Malignant Neoplastic Wounds: Clinical Management Performed by Nurses.** International Archives of Medicine, Vol. 9 No. 344, 2016. doi: 10.3823/2215. This article is available at: www.intarchmed.com and www.medbrary.com.

TILLEY C, LIPSON J, RAMOS M. **Palliative Wound Care for Malignant Fungating Wounds: Holistic Considerations at End-of-Life.** Nurs Clin North Am. 2016 Sep;51(3):513-31. doi: 10.1016/j.cnur.2016.05.006. PMID: 27497023.

MEDEIROS, M. V. S. **Conhecimento e prática de enfermeiros no cuidado a pacientes com feridas neoplásicas.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité – PB, 2016, 94fls.

COREN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n.501, de 2015.** Regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e da outras providências. 5p, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2015/12/ANEXO>. Acesso em 10 de Março de 2020.

SILVA K.P.M., BONTEMPO P.S.M., REIS P.E.D., VASQUES C.I., GOMES I.P., SIMINO G.P.R. **Intervenções terapêuticas em feridas tumorais: relatos de casos.** Revista Brasileira de Cancerologia. Brasília-DF, 61(4): 373-379, dez, 2015.

SACRAMENTO C.J., REIS P.E.D., SIMINO G.P.R., VASQUES C.L. **Manejo de sinais e sintomas em feridas tumorais: revisão integrativa.** Revista de Enfermagem. Cent. O. Min. 2015 jan/abr; 5(1):1514-1527 .

CASTRO M.C.F., CRUZ P.S., GRELLMANN M.S., SANTOS W.A., FULY P.S.C. **Cuidados paliativos a pacientes com feridas oncológicas em hospital universitário: relato de experiência.** Cogitare Enfermagem. Niterói-RJ, 19(4): 841-4, out/dez, 2014.

GOZZO T.O., TAHAN F.P., ANDRADE M., NASCIMENTO T.G., PRADO M.A.S. **Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 18(2) abr/jun, 2014.

SMITH L.B. **Ferida neoplásica: uma abordagem descritiva no cuidado paliativo.** Universidade Federal Fluminense. Niterói: [s.n.], 2014. 87 f.

FIRMINO F, ALCÂNTARA LFFL. **Nurses in the provision of outpatient care for women with malignant fungating wounds in the breasts.** Revista Rene. 2014 Mar-Apr; 15(2):298-307.

AGRA G., FERNANDES M.A., PLATEL I.C.S., FREIRE M.E.M. **Cuidados Paliativos ao Paciente Portador de Ferida Neoplásica: uma revisão integrativa da literatura.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2013;59 (1): 95-104.

PINHEIRO L.S., BORGES E.L., DONOSO M.T.V. **Uso de hidrocolóide e alginato de cálcio no tratamento de lesões cutâneas.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2013;59 (1): 95-104.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Ed: Elsevier, 2013

PROBST S., ARBER A., FAITHFULL S. **Coping with an ulcerative breast carcinoma; an interpretive phenomenological study.** Journal Wound Care 2013; 22(7):352–60.

SMANIOTTO P.H.S., FERREIRA M.C., ISAAC C., GALLI R. **Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas.** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, 2012; 27 (4): 623-6.

AGUIAR, R.M; SILVA, G.R.C. **Os Cuidados de Enfermagem em Feridas Neoplásicas na Assistência Paliativa.** Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, v.11, n.2, p.82-88, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/josy/Downloads/v11n2a12%20(1).pdf. Acesso: 10 de março de 2020.

LO S.F, HAYTER M, HU W.Y, TAI C.Y, HSU M.Y, LI Y.F. **Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds.** J Adv Nurs. 2012 Jun;68(6):1312-21. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05839.x.

CARVALHO R.T, PARSONS H.A. **Manual de cuidados paliativos ANCP. 2ed. amp, atual.** São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. 590p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> .

MATSUBARA, M. G. S. **Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar.** São Paulo: Lemar, 2012.

MERZ, T. et al. **Fungating wounds: multidimensional challenge in palliative care.** Breast Care, v.6, p. 21-4, fev, 2011. Disponível em: <http://www.karger.com/Article/Pdf/324923>. Acesso em 10 de março de 2020.

SANTOS, F. **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas.** São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. **A systematic review of topical treatments to control the odor of malignant fungating wounds.** Journal of pain and symptom management, v.39, n.6, p.1065-76, 2010.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado.** Rio de Janeiro: 2009.

ANEXO A

FICHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO À PESSOA PORTADORA DE FERIDA NEOPLÁSICA

IDENTIFICAÇÃO

Nome:		Prontuário:	Atendimento:	Data: ___ / ___ / ____
Data Nascimento:	Idade:	RG:	CPF:	
Mãe:		Pai:		

Endereço Residencial:

Logradouro:		Número:	Bairro:
Complemento:	Cidade:		Estado:
CEP:	Telefone Residencial:		Celular:
CID:	Diagnóstico Médico:	Médico:	

CONTEXTO SOCIAL

Gênero: () Feminino () Masculino	Etnia: () Branca () Parda () Preta () Amarela () Indígena
Nacionalidade: () Brasileira () Outra:	Naturalidade:
Grau de Instrução: () Ensino Fundamental Completo () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto () Superior Completo () Superior Incompleto () Não Alfabetizado	
Profissão:	() Aposentado () Pensionista
Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () União Consensual () Separação Judicial () Viúvo (a)	
Filhos: () Sim () Não	Quantos: _____

HISTÓRIA PREGRESSA

Comorbidades: () Hipertensão Arterial () Diabetes Mellitus () Outras: _____	
Gestação, Parto e Aborto: () G () P () A () Não se aplica	Antecedentes Cirúrgicos: () sim () Não Qual: _____
Medicações de Uso Regular: () Sim () Não Quais: _____	
Alergia Medicamentosa/Alimentar: () Sim () Não Qual: _____	
Histórico de Consumo de Bebida Alcoólica: () Ex-consumidor () Consumidor () Nunca Qual Consumo? _____	
Histórico de Consumo de Tabaco: () Ex-consumidor () Consumidor () Nunca Qual Consumo: _____	
Histórico Familiar de Neoplasia: () Sim () Não () Sem informação Qual Familiar: _____	
Qual Neoplasia: _____	

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Diagnóstico Médico:
Quando Apresentou Início dos Sintomas da Doença? Mês: _____ / Ano: _____
Tipo Histológico:
Estadiamento (TNM) / pTNM: () Metastático () Não Metastático

Escala de Performance (ECOG ou KPS):

TRATAMENTO

Protocolo de Terapia Antineoplásica:

Concomitante com Radioterapia: () Sim () Não Cirurgia: () Sim () Não Qual: _____

Finalidade de Tratamento: () Curativa () Paliativa () Neoadjuvante () Adjuvante

Período de Tratamento: Início _____ Término: _____

LESÃO NEOPLÁSICA

Local: _____ Tempo de existência da ferida: _____

Estadiamento da lesão: () 1 () 1N () 2 () 3 () 4 Tamanho da lesão: _____

Odor (grau): () odor grau 0 (ausente) () odor grau I (sentido ao abrir o curativo) () odor grau II (sentido sem abrir o curativo) () odor grau III (fétido e nauseante) Presença de tecido necrótico: () não () sim

Perda Tecidual (considerar a ferida mais profunda): () superficial () profunda parcial () profunda total

ASPECTO DA LESÃO NEOPLÁSICA

Exsudato: _____ Característica do exsudato: _____

Sinais de infecção: () não () sim Presença de tecido necrótico: () não () sim

Sinais e sintomas locais: () Mobilidade comprometida () Edema () Cianose () Hiperpigmentação () Descamação seca () Outros: _____

Dor: () ausente () leve () moderada () intensa

Hipótese etiológica da ferida: () Mucosite () Radiodermite () Progressão da doença

Tratamento indicado: _____

Tratamento realizado: _____

EVOLUÇÃO

Enfermeiro
Registro Conselho